

Mehr Management in der Primärversorgung – Wege zu besseren Versorgungsprozessen

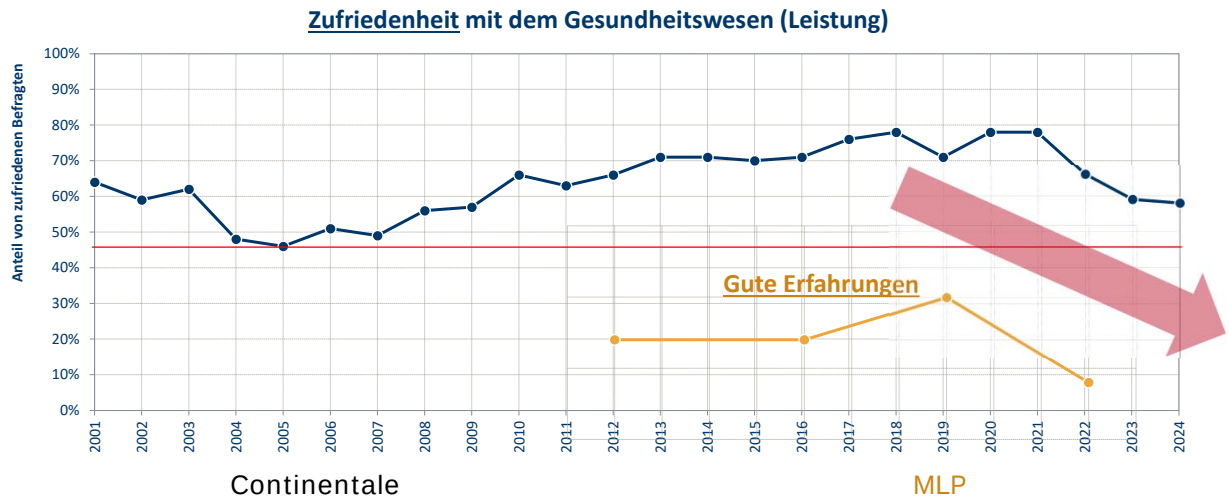
Bertram Häussler, IGES Institut

MVF November 2025

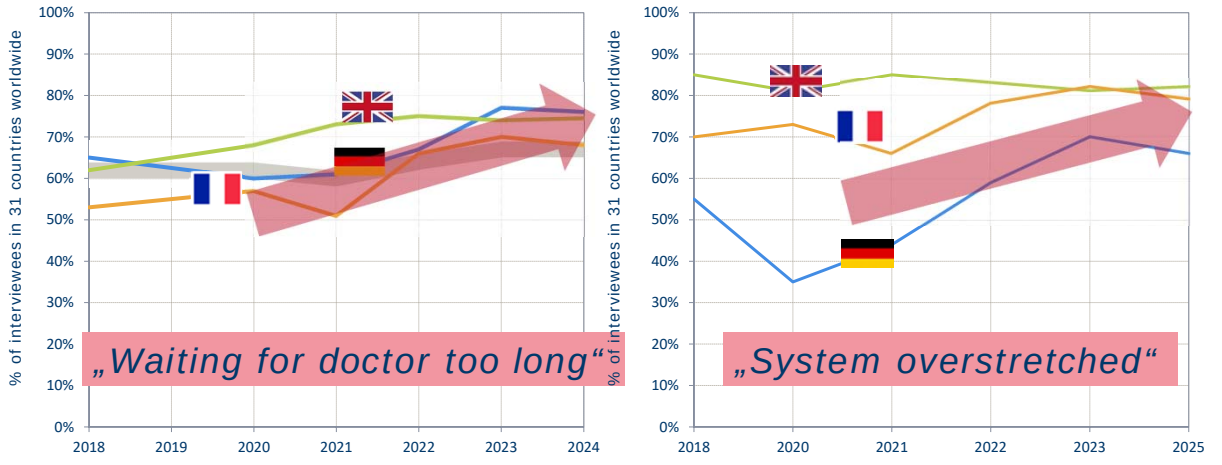
IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

Zum Einstieg

Mängel hinterlassen Spuren

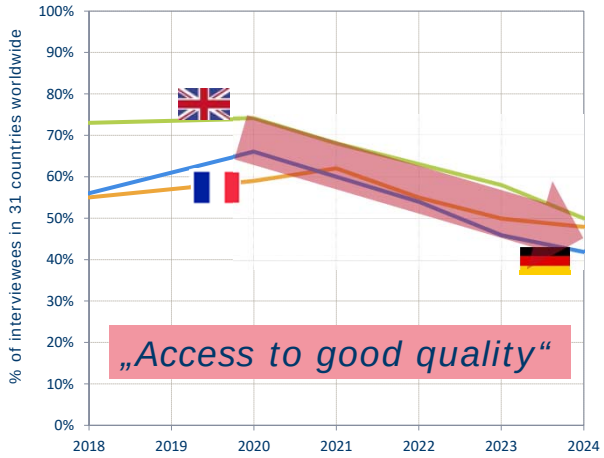


Europa: Negative Eindrücke nehmen zu



IPSOS HEALTH SERVICE REPORT 2024 / Health at a Glance

Erleben von Qualität nimmt ab



Überall das gleiche Bild:

Anforderungen nehmen zu
- Demographischer Wandel
- Multimorbidität

Ressourcen nehmen ab
- Fachkräftemangel

IPSOS HEALTH SERVICE REPORT 2024

Heute in der Diskussion

Deutschland braucht eine explizite „Primärversorgungsstrategie“

Fokus
Versorgungsstruktur

„Integrierte Versorgung“

„persönliche elektronische Gesundheitsakte“

Mehr Management in der Primär-versorgung – Wege zu besseren Versorgungsprozessen

Fokus
Verbesserung von Prozessen

Das beherrschende Problem für die Patienten liegt im eigenen Erleben der Versorgung

Umfangreiche Literatur

- OECD (2025): *Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*
- The Commonwealth Fund (2025): *International Health Policy Survey of Older Adults 2024 – Access and Quality of Care for Older Adults in 10 Countries*
- Ambade et al. (2025): *Hospital discharge communication problems in 10 high-income nations: a secondary analysis of the 2023 Commonwealth Fund International Health Policy Survey for Adults*
- Valderas et al. (2025): *International survey of people living with chronic conditions (PaRIS)*
- BMG u. a.: *Machbarkeitsstudie zur Messung der Leistungsfähigkeit (Health System Performance Assessment, HSPA) des deutschen Gesundheitssystems*
- Schaeffer et al. (2016) und Hurrelmann et al. (2020): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (HLS-GER 1 und HLS-GER 2)*
- Bertelsmann Stiftung / IGES (2019): *Überversorgung – eine Spurensuche*

Die Problempalette der Versorgungsprozesse

- **Zugang schwindet**

- **Mangelnde Koordination zwischen Behandlern**
  - Befunde kommen nicht oder verspätet an
  - Doppeluntersuchungen, weil Informationen fehlen
  - Patienten müssen dieselbe Geschichte immer wieder erzählen
- **Unklare oder fehlende Information und Kommunikation**
  - Diagnose und Therapie werden nicht verständlich erklärt
  - Risiken und Alternativen bleiben unklar
  - Kaum schriftliche oder digitale Unterlagen, die man zu Hause in Ruhe nachlesen kann
- **Brüche an Sektorengrenzen, vor allem nach Krankenhausaufenthalten**
  - Unklare Zuständigkeiten nach Entlassung
  - Hausarzt, Facharzt und Krankenhaus stimmen sich nicht ab
  - Medikationspläne sind widersprüchlich oder veraltet
- **Hoher administrativer Eigenaufwand der Patienten**
  - Termine koordinieren, Befunde hinterhertelefonieren, Formulare besorgen
  - Patienten oder Angehörige müssen faktisch das Versorgungsmanagement übernehmen
- **Zu wenig Unterstützung beim Selbstmanagement chronischer Erkrankungen**
  - Kaum strukturierte Schulungen oder Programme
  - Wenig Hilfe beim Umgang mit mehreren Medikamenten, Symptomen, Alltagsanpassungen
- **Mangel an Kontinuität und Vertrautheit**
  - Häufig wechselnde Ansprechpersonen
  - Kein „roter Faden", wer die Situation des Patienten wirklich überblickt

* Zugrundeliegende Definition der Primärversorgung

Interpretation der 4Cs

First Contact (erste Anlaufstelle)

Continuity (Kontinuität)

Comprehensiveness (Umfassendheit der Versorgung)

Coordination (Koordination)

4Cs und ihre Modifikation

Erste Anlaufstelle (contact)
- Nicht beschränkt auf eine einzige Eintrittspforte
- Vermeidung von Flaschenhälsen (Unzufriedenheit)
- Aber: Zusammenführung der Aktivitäten und Befunde in einem Datenmodell zur Kontrolle von Fehlinanspruchnahme

Kontinuität (continuity)
- Vorgeschichte, Muster, Familie und Lebenssituation kennen
- Herstellung nicht auf die „Anlaufstelle“ begrenzt
- Datenmodell stellt sicher, dass die Kontinuität hergestellt werden kann

Umfassendheit (comprehensiveness)
- So weit es hilfreich ist
- Muss durch ein Netzwerk gewährleistet werden

Koordination (coordination) **2 Beispiele**
- Elementare Funktion („Lotse“ ect.)
- Wenn fehlt: Ursache für Ineffizienzen oder Fehlversorgung
- An Datenmodell gebunden
- Hoch komplex schon bei wenig Beteiligten
- Unterstützung von außen ggf. sinnvoll

Fall 1: Fallmanagement als Koordination

Realbild: Management eines einfachen Falls

Entlassung aus Krankenhaus zum Hausarzt
- Ausgedruckter vorläufiger Arztbrief mitgegeben

Hausarzt überweist zum Radiologen
- Angehörige machen Termin und bringen Patientin

Hausarzt überweist zum Orthopäden
- Angehörige machen Termin und bringen Patientin

Termin ist vergebens, weil Aufnahmen und Befunde noch nicht vorliege
- Termin muss wiederholt werden

Hausarzt verordnet Physiotherapie
- Angehörige organisieren die Therapie

- **Ältere Patientin**
- **Sprunggelenksfraktur**
- **operative Versorgung im KH**

Enterprise Resource Planning

Idealbild

Entlassung aus dem Krankenhaus
- Hausarzt (PV) bekommt Datensatz (Diagnose, Therapie, Nachsorge).

Hausarzt (PV) legt Pfad fest
- **Erst** Termin Radiologie (Kontrollaufnahme) in Woche X
- **Dann** Termin Orthopädie-Kontrolle (PV / orthopädisches MVZ)

Radiologie
- macht Aufnahme
- lädt Bilder + Befund automatisch in die ePA / PV-Akte.

Vor dem Orthopädie-Termin
- **Prüfung**: Liegt Befund vor?
- Falls nein: PV fordert R./O. auf / verschiebt Termin / informiert Angehörige

Orthopäde
- Plan weitere Beh. (Belastung, Schiene, Physio, Sturzprophylaxe)

Hausbesuch / Telefonkontakt
- PV (z. B. VERAH, Pflegekraft, Physio im Verbund) hält Kontakt zur Patientin, überwacht Verlauf und Belastbarkeit.

1.S.003

iGES

Fall 2: Fallmanagement als Vermeidung des „blinden Flecks“

Realbild
Kontinuität der A/P-Beziehung mit „blindem Fleck“

Hausarzt macht regelmäßige Hausbesuche
- Überwacht Blutdruck, Durchblutung
- Persönliche Gespräche auf der Basis einer >20jährigen Á/P-Beziehung

Erste und zweite Episode von „Bewusstseinsverlust“
- Überweisung ins Krankenhaus zur Abklärung einer „Synkope“
- Eine Woche, viele Befunde, kein Ergebnis. Empfehlung „zur weiteren Beobachtung“

Weitere Episoden
- Weiterer KH-Aufenthalt ohne Ergebnis

Externer Arzt erhebt (zufällig) genauen Befund zum Ablauf der auftretenden Episoden:
- Verdacht auf Epilepsie

Bestätigung durch Neurologen; Einleitung einer Behandlung

- **Patientin über 80**
- **Wiederkehrende Episoden von „Bewusstseins-verlust“**
- **Ergebnislose KH-Einweisungen zur Abklärung**

Realbild
Kontinuität der A/P-Beziehung mit „blindem Fleck“

Hausarzt macht regelmäßige Hausbesuche
- Überwacht Blutdruck, Durchblutung
- Persönliche Gespräche auf der Basis einer >20jährigen A/P-Beziehung

Erste und zweite Episode von „Bewusstseinsverlust“
- Überweisung ins Krankenhaus zur Abklärung einer „Synkope“
- Eine Woche, viele Befunde, kein Ergebnis. Empfehlung „zur weiteren Beobachtung“

ERP zeigt „Red Flag“
- Hausarzt erhebt genauen Befund zum Ablauf der auftretenden Episoden.
- Verdacht auf (Alters-)Epilepsie

Bestätigung durch Neurologen; Einleitung einer Behandlung

Was zeigen die Fälle?

Transparenz und Prozessmanagement in einer Art „ERP“ sind elementar für die Verbesserung der Versorgung

Selbst das alltäglichste Problem hat viele Sollbruchstellen

- Fall 1 zeigt, dass >5 Personen in 3 Institutionen beteiligt sind
- Standardsituation: Weisung > Ausführung > Vollzugsmeldung
- Mangelnde Vollzugsmeldungen müssen
  - Nachfassaktionen auslösen
  - Ggf. neue Terminplanung auslösen
- Standardpläne (Leitlinien) müssen erarbeitet und hinterlegt sein
- KI kann große Zahlen an Interaktionen überwachen
- Interventionen können personal sein

Watchdogs sind auch bei hoher persönlicher Kontinuität wichtig

Wie kommen wir weiter?

Kann Technologie in die gegebenen Verhältnisse eingebracht und genutzt werden?

Die letzten 30 Jahre und insbesondere die letzten 3 Jahre zeigen uns, dass Technologie in der Lage ist, die Gegenwart maximal zu verändern

- eCommerce
- KI

Bei einer offenen Definition von Primärversorgung (siehe oben) ermöglicht Technologie im Prinzip die Teilnahme einer Vielzahl von existierenden Versorgungspartnern

- Vorteil: Keine Flaschenhälse
- Vorbeugen gegen die weitere Delegitimation des Systems

Ohne eine öffentlich legitimierte Definition von Technologieprodukten würde eine Einführung scheitern

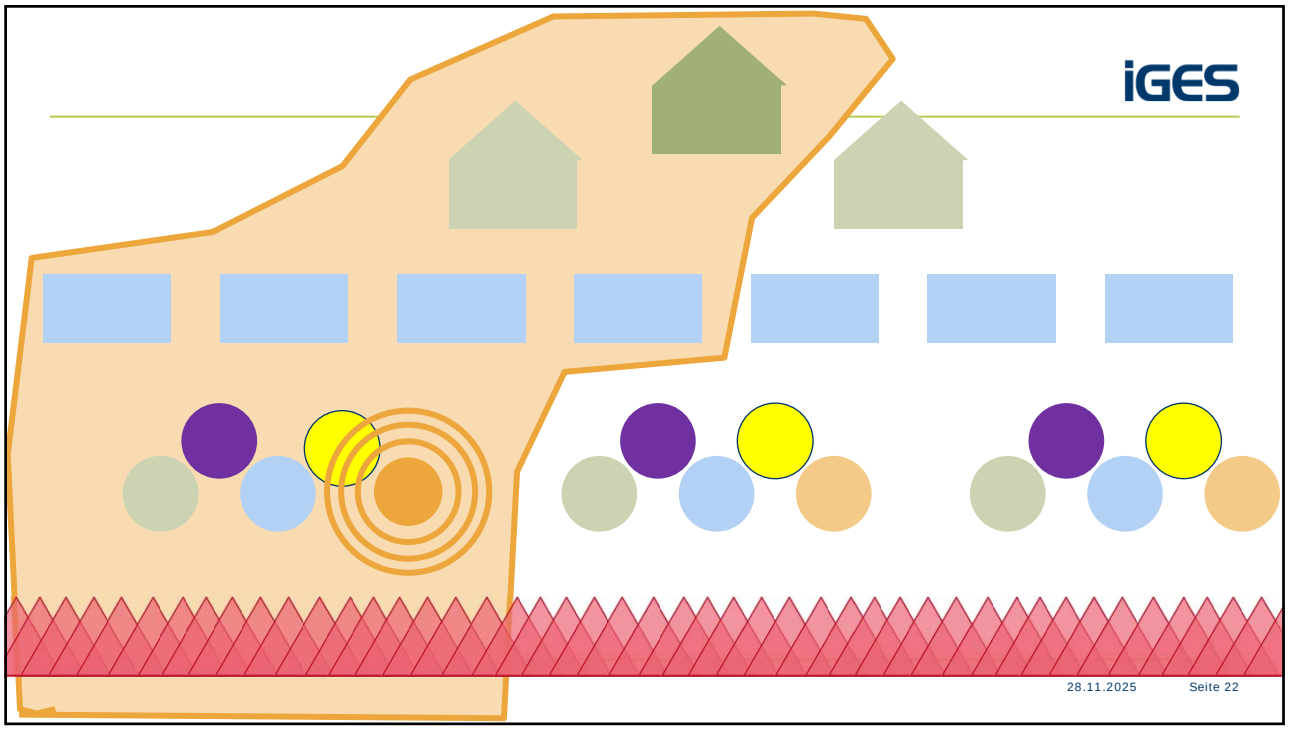
- Hier ist die GEMATIK klar positioniert
- Noch etwas mehr Unabhängigkeit kann nicht schaden

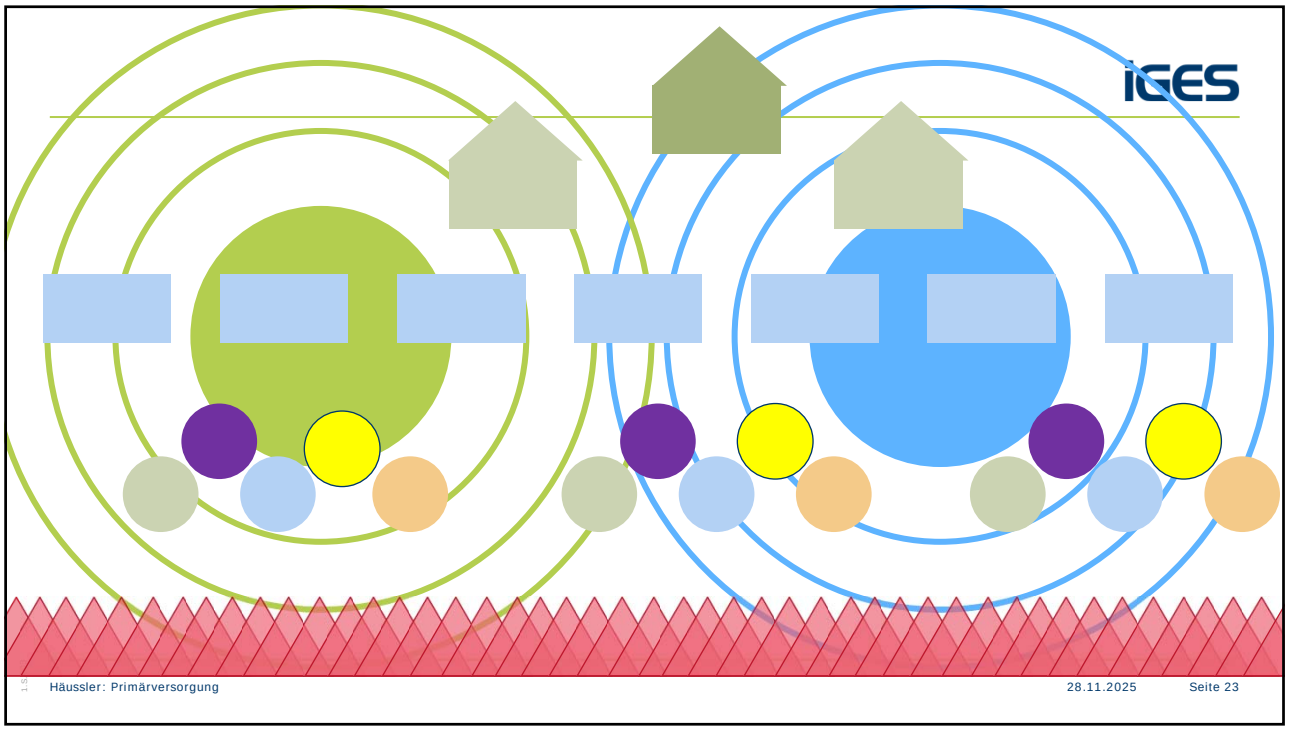
Wichtig ist:

- Transparente Codierung
- Bedingungslose Portierbarkeit, kein lock-in
- Offene APIs
- Zertifizierung
- Teilnahme von PVS-Anbietern muss besonders kontrolliert werden
- Krankenkassen sollten keine Anbieter sein dürfen

Auf dieser Basis ist eine wettbewerbliche Umsetzung möglich und geboten

- User Experience muss optimal sein
- Zahlreiche Initiativen schon unterwegs (z. B. MEDI etc.)
- Unterschiedliche Modelle





Die Nutzung muss eindeutig incentiviert werden

- Für Leistungserbringer (z. B. Selektivverträge)
- Für Versicherte (z. B. Boni oder Wahlverträge)
- Eigenverantwortung kann somit gestärkt werden
- Die Nutzung muss ausgewiesen werden

Mit der Technologie soll es auch das Angebot an Serviceleistungen geben

- Hybride Anbieter wie MedGate etc. können auch professionelle Serviceleistungen machen (Schweizer Modell)

Also können wir die Strukturdiskussion über die „wahre“ Primärversorgung in Ruhe angehen.

Die Patienten müssen nicht ewig auf spürbare Verbesserungen warten.

- Das ist wichtig, um den Rückgang der Zufriedenheit zu kompensieren.

bh@iges.com